

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des
Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
am 07.01.2019**

**zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts
Stand 20.11.2018**

Stand 04.01.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung..... - 3 -

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs - 4 -

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)..... - 4 -

Art. 1 § 30 SGB XIV Verhältnis zu Leistungen anderer Träger - 4 -

Art. 1 § 44 SGB XIV Ergänzende Leistungen der Krankenbehandlung und § 58 Abs. 5 SGB XIV Zuständigkeit..... - 5 -

Art. 1 § 46 SGB XIV Nachweispflicht..... - 6 -

Art. 1 § 51 SGB XIV Erstattung der Kosten bei selbst beschaffter Krankenbehandlung..... - 7 -

Art. 1 § 54 SGB XIV Reisekosten - 8 -

Art. 1 § 55 SGB XIV Vergütung für Leistungen der Krankenbehandlung - 9 -

Art. 1 § 58 Abs. 3 SGB XIV Zuständigkeit - 10 -

Art. 1 § 58 SGB XIV Zuständigkeit und neu: Meldungen - 11 -

Art. 1 § 60 SGB XIV Datenübermittlung..... - 12 -

Art. 1 § 61 SGB XIV Erstattung an Krankenkassen und § 81 SGB XIV Erstattung an Pflegekassen - 13 -

Art. 1 § 78 SGB XIV Zuständigkeit - 15 -

Art. 1 § 80 SGB XIV Datenübermittlung..... - 16 -

Art. 1 § 116 SGB XIV Beiziehung von Unterlagen und Anhörung - 17 -

Art. 1 § 117 SGB XIV Vorzeitige Leistungen und vorläufige Entscheidung - 18 -

Art. 1 § 138 SGB XIV Heil- u. Krankenbehandlung Kapitel 23; Besitzstände. - 19 -

Art. 1 § 141 SGB XIV Pflegeleistungen für Geschädigte - 20 -

Art. 1 § 144 SGB XIV Absicherung gegen Krankheit - 21 -

Art. 27 § 24 SGB I Leistungen der Sozialen Entschädigung - 22 -

I. Zusammenfassung

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die Zielsetzung des Gesetzgebers das Soziale Entschädigungsrecht in einem eigenen Buch des Sozialgesetzbuches - Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch Soziale Entschädigung - neu zu regeln und bei dieser Neuordnung sowohl die veränderten gesellschaftlichen Entwicklungen als auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie die Entwicklungen im Recht der sozialen Sicherung zu berücksichtigen. Mit dem SGB XIV werden insbesondere das für die Versorgung der Kriegsoffer und ihrer Hinterbliebenen geschaffene Bundesversorgungsgesetz (BVG) sowie das für Opfer ziviler Gewalt bestehende Opferentschädigungsgesetz (OEG) abgelöst.

Zu begrüßen ist, dass für die Krankenbehandlung alle Leistungen nach dem SGB V zur Verfügung stehen und die Berechtigten Anspruch auf weitergehende Leistungen haben, beispielsweise Mehrleistungen im Bereich psychotherapeutischer Maßnahmen, um alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die seelische Verfassung der Betroffenen mit der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden zu verbessern.

Positiv ist, dass anders als noch im 1. Arbeitsentwurf (§ 25 Abs. 1 SGB XIII) vorgesehen, die Leistungen der Sozialen Entschädigung zur Behandlung des anerkannten Schädigungsleidens wieder vorrangig sind. Damit wird der Staat der besonderen Verantwortung der staatlichen Gemeinschaft für die Geschädigten nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gerecht. Die Kosten der schädigungsbedingten Krankenbehandlung werden vollumfänglich aus Steuermitteln und nicht von der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Damit wird auf ein bewährtes und etabliertes System zur Versorgung der Geschädigten zurückgegriffen. Ebenso positiv ist, dass auch schädigungsbedingte Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von den Pflegekassen auf der Grundlage des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht werden und den Pflegekassen von den Verwaltungsbehörden zu erstatten sind. Das Leistungsniveau für pflegebedürftige Anspruchsberechtigte soll mit ergänzenden Leistungen der Sozialen Entschädigung aufgestockt werden.

Die Erweiterung der Leistungen der Krankenbehandlung um ergänzende Leistungen nach § 44 SGB XIV (z.B. Mehrleistungen bei Zahnersatz) wird in der praktischen Umsetzung bei den Krankenkassen zu Schnittstellproblemen führen, da die Leistungen nicht ohne weiteres hinsichtlich der Beantragungs-, Vergütungs- und Abrechnungssystematik trennbar sind. Hierzu werden in der Stellungnahme Regelungsvorschläge vorgelegt, beispielsweise zwischen dem Bundesamt für Soziale Entschädigung und der GKV.

Im Folgenden wird zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen. Darüber hinaus besteht Übereinstimmung mit der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)

Art. 1 § 30 SGB XIV Verhältnis zu Leistungen anderer Träger

A Beabsichtigte Neuregelung

Wenn gesetzliche Leistungsansprüche wegen eines schädigenden Ereignisses sowohl nach diesem Buch, als auch gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bestehen, sind die Leistungen der Sozialen Entschädigung vorrangig.

B Stellungnahme

Anders als noch im 1. Arbeitsentwurf (§ 25 Abs. 1 SGB XIII) sind die Leistungen der Sozialen Entschädigung zur Behandlung des anerkannten Schädigungsleidens wieder vorrangig. Damit wird das BMAS wieder der besonderen Verantwortung der staatlichen Gemeinschaft für die Geschädigten nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gerecht. Die Kosten der schädigungsbedingten Krankenbehandlung werden wieder vollumfänglich aus Steuermitteln und nicht von der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

Die Regelung ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 § 44 SGB XIV Ergänzende Leistungen der Krankenbehandlung und § 58 Abs. 5 SGB XIV Zuständigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Geschädigte erhalten für anerkannte Schädigungsfolgen auf Antrag von der zuständigen Verwaltungsbehörde Leistungen, die nicht oder nicht nach Art und Höhe im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind. Die Krankenkassen sollen der Verwaltungsbehörde Fälle mitteilen, in denen die Erbringung einer ergänzenden Leistung der Krankenbehandlung angezeigt ist.

B Stellungnahme

Die Erweiterung der Leistungen der Krankenbehandlung um ergänzende Leistungen nach § 44 SGB XIV (z.B. Mehrleistungen bei Zahnersatz) wird in der praktischen Umsetzung bei den Krankenkassen zu Schnittstellproblemen führen, da die Leistungen nicht ohne weiteres hinsichtlich der Beantragungs-, Vergütungs- und Abrechnungssystematik trennbar sind. Hier sind Regelungen notwendig (beispielsweise zwischen dem Bundesamt für Soziale Entschädigung und der GKV).

C Änderungsvorschlag

§ 44 SGB XIV wird um einen Absatz 5 ergänzt:

(5) Werden Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 bei einer Krankenkasse beantragt, leitet sie diesen Antrag an die zuständige Verwaltungsbehörde weiter. Sind Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 hinsichtlich der Beantragung, Abrechnung oder der Vergütung nicht von Leistungen der Krankenbehandlung nach § 43 trennbar, trifft die zuständige Verwaltungsbehörde die Entscheidung über die Leistungen; sie sind mit ihr abzurechnen und von ihr zu vergüten.

Art. 1 § 46 SGB XIV Nachweispflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Geschädigte haben gegenüber Ärzten, ... nachzuweisen, dass sie berechtigt sind, Leistungen der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung in Anspruch zu nehmen. Für die Nachweispflicht gilt § 15 Absatz 2 bis 6 SGB V.

Nach der Begründung zu § 46 SGB XIV erhalten Geschädigte, die über keine eGK verfügen, eine der elektronischen Gesundheitskarte vergleichbare Karte, die eine Differenzierung zwischen schädigungsbedingt erforderlichen und nicht schädigungsbedingt erforderlichen Behandlungen zulässt.

B Stellungnahme

Um die schädigungsbedingten Behandlungen differenzieren zu können, benötigen auch versicherte Geschädigte eine vergleichbare Karte und nicht nur die nicht versicherten Geschädigten. Ansonsten wäre für ärztliche und zahnärztliche Behandlung keine differenzierte Abrechnung möglich.

Wenn versicherte Geschädigten eine elektronische Gesundheitskarte erhalten sollen, muss § 291 SGB V als entsprechend anwendbar erklärt werden. Außerdem ist in § 291 Abs. 2 SGB V eine Ergänzung erforderlich, dass die eGK für die Personengruppen nach dem SGB XIV den Status der auftragsweisen Betreuung enthalten darf.

C Änderungsvorschlag

§ 46 Satz 2 SGB XIV wird wie folgt gefasst:

„Für die Nachweispflicht gilt § 15 Absatz 2 bis 6 des Fünften Buches und für die elektronische Gesundheitskarte § 291 des Fünften Buches entsprechend.“

§ 291 Abs. 2 Nr. 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

„7. den Versichertenstatus, für die Personengruppen nach § 264 Absatz 1 und 2 sowie die Personengruppen nach § 58 Absatz 2 und 3, § 138 Absatz 1 und § 144 Absatz 1 des Vierzehnten Buches den Status der auftragsweisen Betreuung,“

Art. 1 § 51 SGB XIV Erstattung der Kosten bei selbst beschaffter Krankenbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Geschädigten werden Kosten für eine notwendige Behandlung von Schädigungsfolgen erstattet, wenn die Krankenkasse, ... die Erstattung zu Unrecht abgelehnt hat.

B Stellungnahme

Der Inhalt der Nummer 2 passt sprachlich nicht mit der Einleitung des Absatzes 3 zu einander. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips werden die Leistungen von der Krankenkasse, ... zudem nicht „erstattet“.

C Änderungsvorschlag

§ 51 Absatz 3 Nummer 2 SGB XIV wird wie folgt gefasst:

„... wenn die Maßnahme

2. die zuständige Krankenkasse, die zuständige Unfallkasse des Landes oder die zuständige Verwaltungsbehörde zu Unrecht abgelehnt hat.“

Art. 1 § 54 SGB XIV Reisekosten

A Beabsichtigte Neuregelung

Reisekosten sollen abweichend von den Regelungen für Fahrkosten entsprechend § 60 SGB V nach den besonderen Regelungen des § 54 SGB XIV und des Bundesreisekostengesetzes durch die Krankenkassen erbracht werden.

B Stellungnahme

Nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB XIV erhalten Geschädigte für anerkannte Schädigungsfolgen Krankenbehandlung nach den Grundsätzen der Leistungserbringung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Es erscheint nicht sachgerecht, dass nur bei der Fahr-/Reisekostenerstattung, als akzessorischer Nebenleistung zu Behandlungsleistungen der Krankenbehandlung als Hauptleistung, ein von der gesetzlichen Krankenversicherung abweichendes Recht angewandt wird.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Reisekosten“ durch die Wörter „Fahr- und andere Reisekosten nach § 60 des Fünften Buches und § 73 des Neunten Buches“ ersetzt und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Worte angefügt „§ 45 Absatz 2 gilt.“.

In Absatz 1 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

Art. 1 § 55 SGB XIV Vergütung für Leistungen der Krankenbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungserbringer der Krankenbehandlung nach § 43 haben Anspruch auf die Vergütung, die für Mitglieder der Krankenkassen zu zahlen ist.

B Stellungnahme

Es ist eine Regelung über die Vergütungshöhe für Reisekosten erforderlich, die von den Krankenkassen erbracht werden. Diese sollte derjenigen für Versicherte der Krankenkassen entsprechen.

Bislang erfolgt die ärztliche und zahnärztliche Vergütung der Leistungen für Geschädigte, die **ausschließlich** Anspruch für anerkannte Schädigungsfolgen haben (§ 58 Abs. 3 SGB XIV), nach Einzelleistungen. In § 55 SGB XIV sollte klargestellt werden, dass auch künftig nach Einzelleistungen gemäß EBM abgerechnet werden soll und die EBM-hinterlegten Bewertungen für die ärztlichen Leistungen und Sachkosten ohne Budgetierungen vergütet werden. Im zahnärztlichen Bereich ist nach BEMA abzurechnen. Regional bestehende Budgetierungen für Leistungen für gesetzliche Versicherte sind nicht anwendbar, weil dieser Personenkreis in den kollektivvertraglichen Regelungen zur Vergütung nicht enthalten ist.

C Änderungsvorschlag

§ 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XIV wird wie folgt erfasst:

„Die Leistungserbringer der Krankenbehandlung nach § 43 sowie der von den Krankenkassen zu erbringenden Reisekosten nach § 54 haben Anspruch auf die Vergütung, die für Mitglieder der Krankenkassen zu zahlen ist.“

§ 55 Absatz 1 SGB XIV wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Vergütung der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung der Geschädigten nach § 58 Absatz 3 erfolgt nach Einzelleistungen auf der Grundlage der einheitlichen Bewertungsmaßstäbe nach § 87 Absatz 1 des Fünften Buches. § 87 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Art. 1 § 58 Abs. 3 SGB XIV Zuständigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 58 Abs. 3 Satz 4 SGB XIV haben Geschädigte, für die bereits nach § 264 Abs. 3 SGB V eine Krankenkasse zuständig ist, kein Wahlrecht.

Den anderen Geschädigten sollte nach der erstmaligen Wahl ein Recht zur Wahl einer anderen Krankenkasse eingeräumt werden.

B Stellungnahme

§ 264 Abs. 3 SGB V gilt nur für den Personenkreis nach § 264 Abs. 2 SGB V. Eine Kassenzuständigkeit kann sich nach § 264 Abs. 1 Satz 2 SGB V für den dort benannten Personenkreis ebenfalls ergeben. Deshalb ist diese Rechtsvorschrift in § 58 Abs. 3 SGB XIV mit aufzuführen.

C Änderungsvorschlag

In § 58 Abs. 3 SGB XIV werden folgende Sätze 4 und 5 eingefügt:

„Der Geschädigte ist an die Wahl der Krankenkasse nach Satz 2 und 3 mindestens 18 Monate gebunden. Die Wahl einer anderen Krankenkasse ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem der Geschädigte der zuständigen Verwaltungsbehörde die neu gewählte Krankenkasse mitteilt.“

§ 58 Abs. 3 Satz (neu) 6 (alt 4) SGB XIV wird wie folgt gefasst:

„Kein Recht auf Wahl der Krankenkasse besteht für Geschädigte, für die bereits eine Krankenkasse nach § 264 Abs. 1 Satz 2 oder Absatz 3 des Fünften Buches zuständig ist.“

Art. 1 § 58 SGB XIV Zuständigkeit und neu: Meldungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Diese Norm weist die Zuständigkeit der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung der Verwaltungsbehörde zu.

B Stellungnahme

Die Durchführung des SGB XIV erfordert ein geregeltes, elektronisches Meldeverfahren. Derzeit erhalten die Krankenkassen von den Verwaltungsbehörden Kopien von Bescheiden über die Anerkennung von Schädigungsfolgen oder die Betroffenen wenden sich selbst mit solchen Bescheiden an eine Krankenkasse. Elektronische Verfahren sollten im Zeitalter der Digitalisierung das nicht mehr zeitgemäße papiergebundene Verfahren ersetzen. Auch aus Gründen des Datenschutzes sollte eine eindeutige Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung von der Verwaltungsbehörde an die Krankenkasse vorhanden sein.

Verstirbt ein Geschädigter oder Leistungsberechtigter erhält die Krankenkasse hiervon nur „zufällig“ Kenntnis. Hat sich ein Geschädigter noch an eine weitere Krankenkasse gewandt, erhält die Verwaltungsbehörde bei einem pauschalierten Erstattungsverfahren hiervon keine Kenntnis, so dass missbräuchliche (mehrfache) Leistungsansprüche nicht festgestellt werden können.

Zu dessen Vorbereitung und um einmalig bei den Krankenkassen einen validen Bestand herzustellen, sind zum Inkrafttreten des SGB XIV Bestandsmeldungen erforderlich.

C Änderungsvorschlag

§ 58 SGB XIV wird um folgende Absätze 6 bis 8 ergänzt:

„(6) Die Verwaltungsbehörde hat der zuständigen Krankenkasse durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen jeden Geschädigten zu melden, für den sie nach § 58 Absatz 2 oder Absatz 3 zuständig wird oder für den ihre Zuständigkeit endet. Bei einer Anmeldung oder im Falle der Änderung sind der zuständigen Krankenkasse auch die anerkannten Schädigungsfolgen zu übermitteln.“

(7) Den Aufbau des Datensatzes, notwendige Schlüsselzahlen und Angaben legen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundesstelle für Soziale für Soziale Entschädigung gemeinsam fest.

(8) Die Verwaltungsbehörde hat der Krankenkasse zum (einsetzen: *Datum des Inkrafttretens*) die Geschädigten durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu melden, für die sie nach § 58 Absatz 2 oder Absatz 3 zuständig ist. Absatz 6 Satz 2 gilt entsprechend.“

Art. 1 § 60 SGB XIV Datenübermittlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Regelungen zur Anwendbarkeit von Vorschriften des SGB V für die Abrechnung von Leistungen der Krankenbehandlung getroffen.

B Stellungnahme

Die Abrechnung der Apotheken nach § 300 SGB V und der vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen nach § 295a Abs. 3 SGB V wird jedoch ohne ersichtlichen Grund nicht einbezogen.

C Änderungsvorschlag

In § 60 Abs. 1 SGB XIV wird § 295a Abs. 3 und § 300 des Fünften Buches mit aufgenommen.

Art. 1 § 61 SGB XIV Erstattung an Krankenkassen und § 81 SGB XIV Erstattung an Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem dritten des auf das Inkrafttreten erfolgenden Kalenderjahres werden die Erstattungsansprüche pauschal abgegolten.

B Stellungnahme

Insbesondere die Abrechnungen für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen liegen erst bis zu einem Jahr später bei den Krankenkassen vor. Wenn bereits für das dritte Jahr eine Pauschalierung gelten soll, kann diese nur auf Basis eines Jahres ermittelt werden. Das wäre keine ausreichende Grundlage. Alternativ wäre die Vereinbarung über die Pauschalierung erst im 4. Jahr abschließbar, so dass die Krankenkassen die Verwaltungskostenerstattung für das 3. Jahr erst mit erheblicher Verspätung erhalten würden.

Im Interesse eines Gleichklangs der Erstattung von Leistungen der Krankenbehandlung und bei Pflegebedürftigkeit sollten beide Vorschriften gleichermaßen lauten. In der Begründung zu § 81 SGB XIV heißt es zudem, dass „nach drei Jahren, in denen Erfahrungen zur Berechnung einer angemessenen Pauschale gesammelt werden können,“ die Abrechnung pauschaliert erfolgt.

Alternativ:

Wenn die individuelle Abrechnung der Aufwendungen nach § 61 Absatz 1, § 62 Absatz 1, § 81 Absatz 1 und § 82 Absatz 1 SGB XIV eingeführt ist, liegt ein für alle Seiten transparentes Verfahren für die Erstattung der Aufwendungen nach dem SGB XIV vor. Es besteht dann kein Grund mehr, zu einem pauschalen Abgeltungssystem mit den entsprechenden Ungenauigkeiten zurückzukehren. Auch für die auftragsweise Leistungserbringung nach § 264 SGB V und weit überwiegend nach zwischenstaatlichem Recht erfolgt eine Abrechnung der tatsächlichen Aufwendungen.

Für ärztliche und zahnärztliche Behandlung von Geschädigten, die in der GKV versichert sind, bedarf es einer Regelung, welcher Betrag für budgetierte Leistungen nach § 61 Abs. 1 SGB XIV abrechenbar ist. Für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit kann eine vergleichbare Fragestellung entstehen, wenn ein Pflegegrad sich nur aufgrund der Berücksichtigung von Schädigungsfolgen und Nicht-Schädigungsfolgen ergibt.

C Änderungsvorschlag

In § 61 Abs. 3 Satz 1 SGB XIV und § 81 Abs. 3 Satz 1 SGB XIV wird jeweils das Wort „dritten“ durch das Wort „vierten“ ersetzt.

Alternativ:

§ 61 Absatz 3, § 62 Absatz 3, § 81 Absatz 3 und § 82 Absatz 3 werden gestrichen.

§ 61 Absatz 1 SGB XIV wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundesstelle für Soziale Entschädigung treffen gemeinsam Festlegungen, welche Aufwendungen den Krankenkassen von der zuständigen Verwaltungsbehörde erstattet werden, wenn diese untrennbar sowohl für die Behandlung von anerkannten Schädigungsfolgen als auch für die Behandlung von Nicht-Schädigungsfolgen abgerechnet werden.“

§ 81 Absatz 1 SGB XIV wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Bundesstelle für Soziale Entschädigung treffen gemeinsam Festlegungen, welche Aufwendungen den Pflegekassen von der zuständigen Verwaltungsbehörde erstattet werden, wenn diese untrennbar sowohl für die Versorgung von Pflegebedürftigen infolge von anerkannten Schädigungsfolgen, als auch für die Versorgung von Pflegebedürftigen infolge von Nicht-Schädigungsfolgen abgerechnet werden.“

Art. 1 § 78 SGB XIV Zuständigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 3 wird die Zuständigkeit für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit für Geschädigte geregelt, die nicht bei einer Pflegekasse versichert sind.

B Stellungnahme

Der Verweis in Absatz 3 auf § 57 Absatz 3 SGB XIV geht fehl, da § 57 SGB XIV nur aus einem Absatz besteht. Gemeint ist offenbar § 58 Abs. 3 SGB XIV.

Der Terminus „Pflegekasse, die der Krankenkasse ihrer Wahl ... entspricht“ wird im SGB XI nicht verwendet. Außerdem ist nicht ersichtlich, warum nur § 58 Abs. 3 Satz 2 SGB XIV entsprechend gelten soll und nicht auch Satz 3 und Satz 4.

C Änderungsvorschlag

§ 78 Abs. 3 SGB XIV wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Geschädigte, die weder Mitglied einer gesetzlichen Pflegekasse noch nach § 25 des Elften Buches familienversichert sind, erbringt die Pflegekasse, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die nach § 58 Absatz 3 für die Erbringung der Leistungen der Krankenbehandlung zuständig ist, für die zuständige Verwaltungsbehörde Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 75 Nummer 1.“

Art. 1 § 80 SGB XIV Datenübermittlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Regelungen zur Anwendbarkeit von Vorschriften des SGB V für die Abrechnung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit getroffen.

B Stellungnahme

Die Abrechnungsregelungen des SGB V sind für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nicht einschlägig. Es muss auf die Regelungen des SGB XI verwiesen werden.

C Änderungsvorschlag

In § 80 Abs. 1 Satz 1 SGB XIV wird nach den Worten „§§ 294, 294a, 295, 298, 301, 302 und 303 des Fünften Buches“ „sowie durch „§§ 104 bis 106a des Elften Buches“ ergänzt.

Art. 1 § 116 SGB XIV Beziehung von Unterlagen und Anhörung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Unterlagen benannt, die beigezogen werden können.

B Stellungnahme

Es sollte geprüft werden, ob die Formulierungen („Krankenscheine“, ...) ausreichend sind, wenn die entsprechenden Informationen vermehrt oder ausschließlich nur noch digital verfügbar sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 § 117 SGB XIV Vorzeitige Leistungen und vorläufige Entscheidung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Voraussetzungen für vorläufige Entscheidungen über Leistungen der Krankenbehandlung getroffen.

B Stellungnahme

Es bleibt unklar, ob die Krankenkasse diese Feststellung in eigener Zuständigkeit zu treffen hat oder ob sie der Verwaltungsbehörde obliegen. Es sollte klargestellt werden, dass die Krankenkasse vorläufige Leistungen nur zubilligen kann, wenn die Verwaltungsbehörde die Grundentscheidung über die Feststellung des wahrscheinlichen Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen getroffen hat.

C Änderungsvorschlag

§ 117 Abs. 1 SGB XIV wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Feststellung, ob die Anspruchsvoraussetzungen nach § 5 wahrscheinlich vorliegen, trifft die Verwaltungsbehörde; sie teilt der zuständigen Krankenkasse ihre Entscheidung mit.“

Art. 1 § 138 SGB XIV Heil- u. Krankenbehandlung Kapitel 23; Besitzstände

A Beabsichtigte Neuregelung

Geschädigte bei Inkrafttreten des SGB XIV erhalten nach Absatz 1 Leistungen der Krankenbehandlung nach Kapitel 5.

B Stellungnahme

Absatz 1 regelt nach seinem Wortlaut nur die Leistungsansprüche der Geschädigten. Nicht eindeutig geregelt ist danach, ob in diesen Fällen auch die Regelungen in Kapitel 5 zur Nachweispflicht, zur Vergütung der Leistungserbringer, zur Zuständigkeit und Datenübermittlung und zu den Erstattungen von Aufwendungen und Verwaltungskosten gelten.

C Änderungsvorschlag

§ 138 Abs. 1 SGB XIV wird um folgenden Satz ergänzt:

„Die §§ 46 und 55 bis 62 gelten entsprechend.“

Art. 1 § 141 SGB XIV Pflegeleistungen für Geschädigte

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Regelung getroffen, dass für Geschädigte künftig Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse erbracht werden.

B Stellungnahme

Bislang werden diese Leistungen nicht von der Pflegekasse erbracht. Es sollte deshalb geregelt werden, dass die Verwaltungsbehörde der zuständigen Pflegekasse die Anspruchsberechtigten und die der Entscheidung zugrundeliegenden Unterlagen mitteilt, damit ein möglichst nahtloser Übergang erfolgen kann und eine Rechtsgrundlage für die Übermittlung gegeben ist.

C Änderungsvorschlag

§ 141 Abs. 1 SGB XIV wird um folgenden Satz ergänzt:

„Die zuständige Verwaltungsbehörde teilt der zuständigen Pflegekasse rechtzeitig vor dem (bitte einsetzen: *Datum des Inkrafttretens*) die Personen mit, die Anspruch nach Satz 1 haben, und übermittelt ihr die bei der Verwaltungsbehörde vorhandenen für die Entscheidung über den Anspruch auf Pflegeleistungen nach Kapitel 7 relevanten Unterlagen.“

Art. 1 § 144 SGB XIV Absicherung gegen Krankheit

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Regelung getroffen, dass Personen, die beim Außerkräftreten des BVG Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung für Nicht-Schädigungsfolgen erhalten haben.

B Stellungnahme

Die Regelungen bezüglich der eGK bedürfen der Anpassung bzw. Ergänzung analog § 46 SGB XIV.

Es erschließt sich nicht, wozu die Regelung in Abs. 1 Satz 6 erforderlich ist (Kennzeichnung als „Mitglied“, „Familierversicherter“ und „Rentner“ entsprechend § 264 Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V). Ist das Erfordernis ggfs. aufgrund der eGK-Systematik notwendig?

Es bedarf auch für diesen Personenkreis Meldungen durch die Verwaltungsbehörde.

C Änderungsvorschlag

§ 144 Abs. 1 Satz 5 (*und ggf. Satz 6*) SGB XIV werden durch folgende Sätze 5 und 6 ersetzt:

„Berechtigte haben gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern nachzuweisen, dass sie berechtigt sind, Leistungen der Krankenbehandlung für Nichtschädigungsfolgen der Sozialen Entschädigung in Anspruch zu nehmen. Für die Nachweispflicht gilt § 15 Absatz 2 bis 6 des Fünften Buches und für die elektronische Gesundheitskarte gilt § 291 des Fünften Buches entsprechend.“

§ 144 SGB XIV wird um folgenden Absatz 3 ergänzt:

„(3) Die Verwaltungsbehörde hat der Krankenkasse zum (einsetzen: Datum des Inkrafttretens) die Personen nach Absatz 1 durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen zu melden, für die sie zuständig ist oder für die ihre Zuständigkeit endet. § 58 Absatz 7 gilt entsprechend.“

§ 291 Absatz 2 Nr. 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

Siehe Anmerkung Nr. 3 zu § 46 SGB XIV.

Art. 27 § 24 SGB I Leistungen der Sozialen Entschädigung

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 werden die bei der Durchführung mitwirkenden Träger genannt.

B Stellungnahme

Genannt werden nur die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung. Nach § 78 Abs. 2 und 3 SGB XIV erbringen die gesetzlichen Pflegekassen künftig die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 75 Nr. 1 SGB XIV. Daher sind diese in § 24 Abs. 2 SGB I auch zu benennen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 27 Nr. 3 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts erhält in § 24 Abs. 2 Satz 2 SGB I folgende Fassung:

„.... Bei der Durchführung der Krankenbehandlung wirken die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der Durchführung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit wirken die Träger der sozialen Pflegeversicherung und bei der Durchführung der Hilfsmittelversorgung die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit.“